

In re application of	Allowed March 31, 2010
Samuel OZIL	Conf. 8090
Application No. 10/537,294	Group 3749
Filed June 2, 2005	Examiner Samantha MILLER
VENTILATION UNIT WHICH CAN BE DRESSED LIKE A TIGHT SUIT OR SIMILAR	

Assistant Commissioner for Patents
P.O. Box 1450
Alexandria, VA 22313-1450

10/537294

JC17 Rec'd PCT/PTO 02 JUN 2005

Application Data Sheet

Application Information

Application Type::	Regular
Subject Matter::	Utility
Suggested Classification::	
Suggested Group Art Unit::	
CD-ROM or CD-R?::	None
Number of CD disks::	
Number of Copies of CDs::	
Sequence Submission?::	None
Computer Readable Form (CRF)::	No
Number of copies of CRF::	0
Title::	VENTILATION UNIT WHICH CAN BE DRESSED LIKE A TIGHT SUIT OR SIMILAR
Attorney Docket Number::	0581-1012
Request for Early	No
Publication?::	
Request for Non-Publication?::	No
Suggested Drawing Figure::	
Total Drawing Sheets::	1
Small Entity?::	No
Latin Name::	
Variety Denomination Name::	
Petition Included?::	No
Petition Type::	
Licensed US Gov't Agency::	
Contract or Grant Numbers::	
Secrecy Order in Parent	No
Appl.?::	

Applicant Information

Applicant Authority Type:: Inventor
Primary Citizenship Country:: FRANCE
Status:: Full Capacity
Given Name:: SAMUEL
Middle Name::
Family Name:: OZIL
Name Suffix::
City of Residence:: ROCHEFORT DU GARD
State or Province of
Residence::
Country of Residence:: FRANCE
Street of Mailing 6, AVENUE ALPHONSE DAUDET
Address::
City of Mailing Address:: ROCHEFORT DU GARD
State or Province of Mailing Address::
Country of Mailing Address:: FRANCE
Postal or Zip Code of Mailing Address:: 30650

Correspondence Information

Correspondence Customer 00466
Number::

Representative Information

Representative Customer	00466
Number::	

Domestic Priority Information

Application::	Continuity Type::	Parent Application::	Parent Filing Date::
This application	National Stage of	PCT/FR03/03441	11/21/03

Foreign Priority Information

Country::	Application Number::	Filing Date::	Priority Claimed::
FRANCE	02/15404	12/6/02	Yes

Assignment Information

Assignee Name:: DELTA PROTECTION
Street of Mailing Z.A. DE BERRET
Address::
City of Mailing Address:: BAGNOLS-SUR-CEZE
State or Province of Mailing Address::
Country of Mailing Address:: FRANCE
Postal or Zip Code of Mailing Address:: 30200



26 bis, rue de Saint Pétersbourg
75800 Paris Cedex 08
Téléphone : 01 53 04 53 04 Télécopie : 01 42 94 86 54

BREVET D'INVENTION CERTIFICAT D'UTILITÉ

Code de la propriété intellectuelle - Livre VI



REQUÊTE EN DÉLAINANCE 1/2

Cet imprimé est à remplir soigneusement à l'encre noire

Remise des pièces

DATE **6 DEC 2002**

LIEU **75 INPI PARIS**

N° d'enregistrement **0215404**

NATIONALITÉ ATTRIBUÉE PAR L'INPI

DATE DE DÉPÔT ATTRIBUÉE PAR L'INPI **06 DEC. 2002**

Vos références pour ce dossier (facultatif) **F.0522**

NOIR ET ADRESSE DU DEMANDEUR OU DU MANDATAIRE À QUI LA CORRESPONDANCE DOIT ÊTRE ADRESSÉE

ABRITT

17, rue du Dr Charcot

91290 LA NORVILLE

Confirmation d'un dépôt par télécopie ☐ N° attribué par l'INPI à la télécopie

☒ NATURE DE LA DEMANDE

Demande de brevet ☒ Cochez l'une des 4 cases suivantes

Demande de certificat d'utilité ☐

Demande divisionnaire ☐

Demande de brevet initiale N° _____ Date ____/____/____

ou demande de certificat d'utilité initiale N° _____ Date ____/____/____

Transformation d'une demande de brevet européen ☐ N° _____ Date ____/____/____

ou demande de brevet initiale N° _____ Date ____/____/____

☒ TITRE DE L'INVENTION (200 caractères en copier machine)

BLOC DE VENTILATION FOUR VETEMENT COMME UN SCAPHANDRE OU ANALOGUE

☒ DÉCLARATION DE PRIORITÉ OU REQUÊTE DU BÉNÉFICE DE LA DATE DE DÉPÔT D'UNE DEMANDE ANTÉRIEURE FRANÇAISE

Pays ou organisation _____ N° _____

Date ____/____/____

Pays ou organisation _____ N° _____

Date ____/____/____

Pays ou organisation _____ N° _____

Date ____/____/____

☐ S'il y a d'autres priorités, cochez la case et utilisez l'imprimé «Suite»

☒ DEMANDEUR

☐ S'il y a d'autres demandeurs, cochez la case et utilisez l'imprimé «Suite»

Nom ou dénomination sociale **DELTA PROTECTION**

Prénoms _____

Forme juridique **Société Anonyme**

N° SIREN _____

Code APE-NAF _____

Adresse _____ Rue **Z.A. de Berret**

Code postal et ville **30200 BAGNOLS-sur-CEZE**

Pays **FRANCE**

Nationalité **Française**

N° de téléphone (facultatif) _____

N° de télécopie (facultatif) _____

Adresse électronique (facultatif) _____